

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 4

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SYPHILIS NASALE HÉRÉDITAIRE

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Décembre 1935

PAR

M^{LLE} FANNY TELENT

née à Dzwinsk (Lettonie) le 15 Janvier 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(Mention : *Médecine*)

Examineurs
de la Thèse

MM. TERRACOL, Professeur. *Président.*

MARGAROT, Profes.

JANBON, Agrégé.

COLL DE CARRERA, Agrégé.

} *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CHARLES DEHAN

1935

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 4

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SYPHILIS NASALE HÉRÉDITAIRE

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Décembre 1935

PAR

M^{LLE} FANNY TELENT

née à Dzwinsk (Lettonie) le 15 Janvier 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(Mention : *Médecine*)

**Examineurs
de la Thèse**

MM. TERRACOL, Professeur. *Président.*

MARGAROT, Profes.

JANBON, Agrégé.

COLL DE CARRERA, Agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CHARLES DEHAN

1935

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie.....	MM. J. DELMAS.
Histologie.....	TURCHINI.
Physiologie.....	L. HEDON.
Chimie biologique et médicale.....	CRISTOL.
Physique médicale.....	PECH.
Anatomie pathologique.....	GRYNFELTT.
Microbiologie.....	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Thérapeutique et Matière médicale.....	BOUDET.
Hydrologie thérapeutique et climatalogie.....	PUECH.
Hygiène.....	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale.....	GAUSSEL.
Pathologie médic. et clin. propédeutique.....	GIRAUD.
Clinique médicale.....	VIRES. asses.
Clinique chirurgicale.....	RIMBAUD.
Clinique obstétricale.....	MASSABUAU.
Clinique des maladies ment. et nerv.....	RICHE.
Clinique des malad. desenf. et hyg. du 1 ^{er} âge.....	P. DELMAS.
Clinique de dermatosyphiligraphie.....	EUZIERE, <i>doyen</i> .
Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	LEENHARDT.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	MARGAROT.
Clinique gynécologique.....	ETIENNE.
Clinique ophtalmologique.....	JEANBRAU.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	LAPEYRE.
Matière médicale (<i>ch. de c.</i>).....	VILLARD.
Radiologie.....	TERRACOL.
Anatomie (<i>Ch. de c.</i>).....	CABANNES.
Histologie (<i>Ch. de c.</i>).....	LAMARQUE.
	LAUX.
	GRANEL.

Honorariat

FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE.

Chargés de Cours complémentaires

Pathologie expérimentale.....	MM. PAGES.
Pathologie externe.....	AIMES.
Médecine opératoire.....	SOUBEIRAN ag. libre.
Accouchements.....	COLL de CARRERA.
Clinique phthisiologique.....	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale.....	BOULET.
Clinique des maladies contagieuses.....	JANBON.
Stomatologie.....	D ^r WATON.

Agrégés en Exercice

Médecine ...	} MM. BOULET. PAGES. JANBON. BAUMEL. VIDAL.	Chirurgie....	AIMES.
			MOURGUE-MOLINES.
			GUIBAL.
		Obstétrique..	ROUX.
		Bactériologie.	COLL DE CARRERA
			CARRERE.

Examineurs de la Thèse

MM. TERRACOL, <i>profess^r.-président</i> .	MM. JANBON, <i>agrégé</i> .
MARGAROT, <i>professeur</i> .	COLL DE CARRERA, <i>Agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES SŒURS ET A MES BEAUX-FRÈRES

A TOUS CEUX QUE J'AIME

F. T.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRACOL

A MON JURY DE THESE

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

F. T.

Ce travail, nous voulons en faire hommage à nos Maîtres de Montpellier ; nous conservons en particulier un excellent souvenir de notre stage dans le service de notre Maître, M. le Professeur Terracol, dont nous avons pu, tout en bénéficiant de ses savantes leçons, apprécier la grande bonté. C'est à lui que nous devons l'idée première de ce travail et nous le prions d'accepter l'expression de nos vifs remerciements pour l'honneur qu'il nous fait de vouloir bien présider notre thèse.

Nous ne saurions oublier que grâce à M. le Professeur Margarot, nous avons pu approfondir nos connaissances sur la syphilographie, c'est ce qui a rendu notre tâche plus facile.

Nous sommes heureux de pouvoir lui témoigner ainsi notre reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555202_0091

INTRODUCTION

On a souvent démontré le rôle que joue la syphilis en pathologie nasale, on a mis en évidence que non seulement elle attaque de préférence le nez, mais qu'elle crée un terrain favorable à l'éclosion de certaines lésions, et surtout qu'elle exerce une influence sur l'évolution de certaines rhinopathies de nature banale vers la chronicité.

Nous verrons, au cours de cette étude, que la syphilis héréditaire intervient souvent comme cause favorisante dans l'apparition, la résistance et la tendance à la récurrence de la polyposé nasale, de l'ozène, etc...

Nous tenons à souligner, dès le début, l'opposition nette qui existe entre la rareté et la bénignité des accidents précoces, d'une part ; la fréquence relative et la sévérité des accidents tardifs, d'autre part.

Il y aurait donc un grand intérêt à pouvoir, dès la naissance, reconnaître la syphilis héréditaire des enfants, à trouver quelque symptôme, si fruste soit-il, qui permît de dépister leur spécificité.

Certains enfants hérédo-syphilitiques naissent sains, indemnes, au moins en apparence, de leur tare. Ils se développent ainsi sans qu'aucun symptôme vienne, durant presque toute leur vie, trahir leur origine syphilitique.

D'autres présentent, dès les premiers jours de la vie, des manifestations certaines de la syphilis ; d'autres enfin restent plusieurs mois et même des années sans présenter ces

manifestations évidentes. Il est parfois possible de songer chez ces derniers à la syphilis, grâce à certains symptômes précurseurs, qui n'ont souvent rien de spécifique en eux, mais forment un ensemble suffisant pour s'orienter vers la syphilis. Ces enfants ont dès lors cet avantage considérable qu'on peut leur appliquer immédiatement un traitement spécifique qui, dans bien des cas, pourra être un traitement sauveur.

La notion qu'à la base de certaines lésions nasales était la syphilis n'a point échappé à nos anciens et, dernièrement, de nombreux auteurs ont travaillé dans ce sillon en s'efforçant de préciser les variétés cliniques de l'hérédo-syphilis nasale.

Aussi, nous pensons qu'en cette matière tout a été dit, et ce sera notre excuse de n'apporter rien ici de bien nouveau.

Nous tâcherons seulement, dans ce travail, de préciser quelques points, noter quelques éléments de diagnostic et indiquer quelques applications de thérapeutiques nouvelles à la syphilis nasale.

APERÇU HISTORIQUE -- GÉNÉRALITÉS

Les débuts des connaissances sur la syphilis remontent au xv^e siècle, à l'époque où elle fit son apparition en Europe. Et c'est presque en même temps que l'hérédité de cette affection fut mise en question.

Au xvi^e siècle, RONDELET, de Montpellier, Ambroise PARÉ rapportèrent des observations des enfants nés syphilitiques, mais il faut arriver au xviii^e siècle pour apprendre avec ASTRUC, FABRE, LEVRET, ROSENSTEIN que les parents syphilitiques peuvent donner naissance à des enfants syphilitiques ou des enfants sains en apparence, mais dont les stigmates syphilitiques apparaissent plus tardivement.

Nous nous arrêterons, dans notre récit historique, à ce qui a trait aux manifestations nasales, en laissant de côté tout ce qui n'entre pas dans le cadre de notre travail. Déjà, 2.600 ans avant notre ère, l'empereur chinois HOING-TI a très bien décrit la syphilis nasale, HESSLER fait des allusions assez évidentes à cette affection dans ses traductions des livres des AYURVEDAS et de SURUTA. Egalemeut REISKE cite un passage très curieux de DION CHRYSOSTOME, où l'on trouve des symptômes nets de l'ozène syphilitique. On peut en conclure que les manifestations nasales de la syphilis dont nous allons nous occuper ici ont été signalées depuis fort longtemps.

Lorsque à la fin du xv^e siècle et au début du xvi^e, cette affection prit brusquement l'expansion extraordinaire que l'on sait, la fréquence des lésions nasales, plus grande sans doute

qu'elle ne l'est de nos jours, en raison de l'insuffisance de la thérapeutique, fut bien vite connue des médecins.

FRACASTOR, FABRICE D'AQUAPENDENTE, et tant d'autres, en donnèrent des descriptions très précises ; depuis lors, de nombreux auteurs ont mentionné sa forme nasale. De même, tous les traités consacrés aux maladies du nez ont un chapitre important sur la syphilis.

L'hérédo-syphilis comme la syphilis acquise envahit électivement les fosses nasales. Les étapes des hérédo-syphilis nasales sont multiples. Toute classification est par avance passible d'un reproche : celui d'être exagérément schématique. On peut, plus simplement, distinguer avec les classiques les accidents précoces et les accidents tardifs, suivant l'époque de la vie à laquelle ils apparaissent.

D'après PEHU, l'hérédo-syphilis se manifeste dès la naissance ou dès les premiers mois, sommeille de deux à quatre ans, réapparaît de quatre à dix, époque de dystrophie, et provoque surtout quelques accidents plus graves lors de la puberté et même à l'âge adulte, jusque vers la quarantaine. (S. KOHN, SEMON, LANGUE). On sait que FOURNIER fixait l'âge de 28 ans comme sa limite extrême.

FOURNIER, GASTOU, TISSIER et, plus récemment LANNOIS et GAILLARD ont étudié la rhinite hérédo-syphilitique, manifestation précoce et presque constante chez les nourrissons.

L'hérédo-syphilis nasale est, sans doute, plus fréquente qu'on ne l'imagine. En effet, les accidents précoces peuvent être facilement négligés ou confondus avec les autres rhinites du nourrisson, les accidents tardifs simulent le tertiarisme et font croire à la syphilis acquise.

Mais à côté des accidents typiques d'infiltration gommeuse, il y a des manifestations dont l'origine syphilitique est moins évidente. Depuis longtemps, GERBÈR, STÖRK, SÉBILEAU enseignent que l'ozène essentiel est d'origine syphilitique ou

para-syphilitique. ESCAT et son élève CAVALIÉ ont fait une étude très complète de la rhinite atrophique hérédo-syphilitique et y ont démontré le rôle dystrophiant de la syphilis héréditaire, qui déclanche le processus atrophique de la pituitaire en préparant ainsi le terrain pour des inflammations banales qui se surajoutent. Plus récemment, MM. CANUYT et TERRACOL ont pensé qu'il fallait attribuer à la syphilis la polypose nasale récidivante et déformante des jeunes.

Ce que nous pouvons retenir de cet aperçu historique, aussi rapide qu'incomplet, c'est qu'il faut accorder une très grande influence à l'hérédo-syphilis dans l'étiologie générale de nombreuses affections nasales et faire de ces affections, soit une lésion nettement syphilitique, soit une lésion parasymphilitique.

PREMIÈRE PARTIE

LA SYPHILIS NASALE HÉRÉDITAIRE PRÉCOCE

C'est dès la naissance que l'enfant peut manifester sa fâcheuse hérédité. La tréponématose peut attaquer un ou plusieurs organes, être plus ou moins évidente.

Une des premières manifestations, la plus courante et la plus significative, peut être de la syphilis héréditaire, est le coryza du nouveau-né. En dehors de celui-ci, on voit souvent des lésions, qui sont plutôt le résultat de malformations, d'arrêts de développement et qui constituent de véritables stigmates d'hérédo-syphilis. On les rencontre souvent au niveau du nez. Elles peuvent présenter un grand intérêt dans la recherche de l'hérédité syphilitique. Nous les décrivons après avoir passé en revue le coryza du nouveau-né.

CHAPITRE PREMIER

La rhinite hérédosyphilitique

Parmi les manifestations directes de l'hérédosyphilis, la rhinite syphilitique du nouveau-né, la plus caractéristique, a été nettement établie et étudiée par une pléiade d'auteurs. Nous pouvons citer entre autres FOURNIER, BAZIN, LEFÈVRE, SERGENT, etc. . .

C'est la plus précoce des manifestations de la syphilis héréditaire. Elle apparaît vers la deuxième ou troisième semaine. Les variations de la date d'apparition sont minimales quoique l'on ait cité quelques cas rares de début tardif vers le quatrième ou même vers le sixième mois (cas rapporté par TROUSSEAU).

Le coryza débute par un échiffrèment ; l'enfant respire bruyamment avec, parfois, un sifflement perceptible à distance. L'obstruction nasale est très accentuée. La rhinorrhée s'installe dès le premier jour de la maladie. Elle est d'emblée bi-latérale et abondante. La sécrétion nasale séreuse primitivement, devient muco-purulente, verdâtre et fétide, souvent teintée de sang. Ces sécrétions se concrètent en croûtes jaunâtres ou brunâtres adhérentes aux téguments contribuant à obstruer les fosses nasales ; irritée par elle, la peau des narines s'enflamme et s'excorie. Les lésions fissuraires sont pathognomoniques. Leur siège habituel est au niveau de l'insertion de l'aile du nez ou au niveau libre des lèvres et de la commissure labiale. Ces fissures sont profondes, entamant à

la fois la peau et la muqueuse, rouges et saignantes quand l'enfant pleure, tette ou fait un effort. Leur cicatrisation donne à la bouche un aspect lisse et blanchâtre.

L'examen rhinoscopique montre l'obstruction totale de la filière. La muqueuse est épaissie, infiltrée, recouverte de croûtes adhérentes, qui, une fois enlevées, font percevoir des exulcérations saignantes.

Les lésions endo-nasales du coryza syphilitique, qui sont en règle générale superficielles, ne provoquent pas d'ulcérations profondes et, à plus forte raison, d'altérations ostéo-périos-tiques ou cartilagineuses. Mais il existe malheureusement des formes graves, exceptionnelles toutefois, dans lesquelles les mutilations acquièrent une importance de premier ordre et offrent l'aspect de celles de la syphilis de l'adulte. Les cartilages et l'os lui-même peuvent être détruits ; la destruction de la sous-cloison donne une déformation caractéristique de la région narinaire. HUTINEL, TISSIER, LEREBOUTET, WEILL ont apporté des observations de ces cas.

Le coryza précoce des hérédosyphilitiques est une maladie grave. Les tétées deviennent difficiles, l'alimentation de l'enfant est entravée, la respiration et le sommeil sont troublés. Cette affection, abandonnée à elle-même, est assez tenace, peut persister plusieurs semaines, peut guérir cependant spontanément. Dans les formes graves et compliquées, l'état général du petit malade s'affaisse, son poids diminue ; l'enfant chemine progressivement vers la cachexie et il est finalement emporté par une affection intercurrente, une broncho-pneumonie le plus souvent.

Nous pensons qu'il sera bon d'insister ici sur la complication fréquente de la rhinite, l'adénopathie cervicale. Parfois cette adénopathie est colossale et se complique de suppurations interminables fistulisées, simulant à s'y méprendre les fistules tuberculeuses. Cette forme a été décrite par COMBY,

sous le nom de syphilis héréditaire à forme ganglionnaire. PAJARÈS, SERGENT rangent ces cas dans les formes scrofuloïdes de la syphilis sous le nom général de scrofulale de vérole. Ces accidents, souvent attribués à la tuberculose, sont améliorés par le traitement anti-syphilitique, ce qui prouve que la participation du tréponème dans l'évolution de ces lésions est importante.

À côté de cette complication, nous devons en citer d'autres non moins importantes. L'adénoïdite complique la rhinite, l'otite lui succède souvent dans les formes purulentes sur lesquelles a insisté GASTOU. Le pus, fusant dans la profondeur des fosses nasales, peut déterminer des otites, mastoïdites, laryngites et des complications méningées.

La diphtérie peut se greffer sur les ulcérations spécifiques (HUTINEL, LESNE, GRENET) et peut rendre rebelle la thérapeutique anti-syphilitique instituée. L'examen bactériologique démontrant l'existence des bacilles de Löffler, le Bordet Wasserman et les stigmates héréditaires permettront de reconnaître ces deux affections associées.

Le diagnostic qui a tout intérêt à être précoce, aussi bien pour l'enfant que pour la nourrice, est difficile si le coryza reste isolé. Toutefois, il peut se baser sur le signe positif propre au coryza infantile héréditaire. La date d'apparition, la bilatéralité, l'intensité des symptômes, le caractère des sécrétions, l'échec du traitement local habituel des rhinites banales, qui constituent la vraie pierre de touche, doivent nous faire soupçonner sa nature syphilitique. SEVESTRE a insisté sur le caractère suspect chez le nourrisson de tout écoulement tenace et séro-sanguinolant, BOURGEOIS sur l'évolution sans fièvre. Certes, ils existent également dans la diphtérie, mais d'autres symptômes se surajoutent. Heureusement, tôt ou tard, d'autres manifestations syphilitiques cutanées ou viscérales comme pemphigus, plaques muqueuses, hypertrophie du foie

ou de la rate, etc. . . , apparaissent et permettent d'établir un diagnostic de certitude.

Pour ne pas être fastidieuse, nous avons pensé qu'il valait mieux réunir les indications thérapeutiques générales concernant les diverses et multiples manifestations de l'hérédosyphilis nasale en un seul chapitre où le traitement anti-syphilitique sera longuement étudié. Nous nous bornerons donc, après avoir décrit les manifestations cliniques de chaque forme, à citer les modes locaux de traitement qui paraissent le mieux réussir dans la forme particulière en question.

Le traitement local est le même que celui de la rhinite banale et a comme but de pallier aux graves inconvénients de l'obstruction nasale.

L'aspiration des mucosités peut être préconisée à l'aide d'une poire en caoutchouc, le mouche-bébé d'ESCAT. Cet appareil pourra être remplacé par le porte coton qui est d'un maniement plus délicat. L'instillation de quelques gouttes de glycérine boratée avant sont emploi servira à ramollir les exsudats croûteux de la muqueuse nasale.

A côté de l'aspiration, les instillations sont les meilleurs procédés des désobstructions et de nettoyage. On instillera quelques gouttes d'une solution aqueuse de chlorhydrate d'adrénaline à 1 pour 1000. Dans la plupart des cas, on préfère une solution huileuse dont l'action est plus lente et plus durable. On introduit deux ou trois gouttes de cette solution dans chaque narine et on les gardera pendant 15 à 20 minutes. Cette opération se fait avant chaque tétée.

Sous l'influence du traitement antisyphilitique et des soins locaux appropriés, le coryza infantile s'amende rapidement. Dans les cas négligés et même quelquefois après guérison complète, on peut observer des cicatrices rétractiles, atrésiant l'orifice narinaire et la lèvre supérieure, qui permettront au praticien de reconnaître chez leurs porteurs leur lourde hérédité.

CHAPITRE II

Malformations nasales congénitales

A côté du coryza syphilitique du nouveau-né on doit signaler le rôle possible de l'hérédo-syphilis dans un certain nombre de malformations nasales qui font partie du groupe plus général des dystrophies syphilitiques de FOURNIER.

La pathogénie de ces dystrophies est très bien exprimée par la phrase suivante d'Albert FOURNIER : « La syphilis ne produit pas que de « la syphilis », elle exerce sur l'être vivant « et sur la race une influence d'ensemble au titre des maladies apportant dans l'organisme une perturbation générale, « et cette influence se traduit souvent par des modifications « organiques diverses qui n'ont plus rien de spécifique ».

Et en réalité, on doit attribuer les malformations à la tare hérédo-syphilitique, à des dystrophies de terrain, à l'aptitude qu'ont les descendants des syphilitiques de faire de leur vie fœtale des troubles de développement sans être eux-mêmes infectés par le tréponème.

Ces malformations peuvent parfois être constituées complètement ou ébauchées seulement à la naissance, mais, plus fréquemment, elles se dessinent plus tard au cours de la deuxième enfance.

Les formes des malformations natives du nez sont multiples. Le plus souvent, on rencontre le nez écrasé à la racine. La base du nez est élargie et aplatie, comme si elle était écrasée

par la pulpe du pouce (Edmond FOURNIER). On voit également des nez camards, des nez trop courts et épatés. Nous ne ferons que mentionner parmi le groupe innombrable des déformations nasales : l'imperforation choanale, les malformations de l'arête nasale, la dystrophie maxillo-faciale, avec gauchissement de la cloison nasale, enfin, l'insuffisant développement des cavités respiratoires.

Il nous semble utile de souligner que la malformation nasale, bien que caractéristique, ne doit pas servir de base de diagnostic certain de l'hérédité syphilitique, si elle n'est pas accompagnée d'autres signes concomitants de la syphilis, et que, tout au plus, elle peut constituer un signe de présomption en faveur de la spécificité.

En dehors des malformations nasales natives, on peut voir des lésions d'effondrement nasal dues à des formes graves de la rhinite du nouveau-né. Ces manifestations ostéo-nécrotiques, rares chez les nourrissons, sont dues à un processus d'ostéo-chondrite. Elles sont semblables aux lésions nécrotiques de la seconde enfance et nous en retrouverons au cours de cette étude une description détaillée.

Formes anormales. — Pour les formes anormales de la syphilis héréditaire précoce, nous pouvons rapporter ici le cas cité par BLOCH concernant un épistaxis rebelle et isolé chez un nouveau-né syphilitique. Sous l'influence du traitement anti-syphilitique, l'enfant a rapidement guéri. L'auteur conseille de penser à cette possibilité en présence de cas non expliqués et d'instituer le traitement d'épreuve.

DEUXIÈME PARTIE

LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE

On peut nommer ainsi l'ensemble des accidents qui se produisent à un âge plus ou moins avancé de la vie, généralement au cours de la seconde enfance. Ils apparaissent pour la première fois en général assez tardivement, mais peuvent être précédés par d'autres accidents de même origine dans le premier âge.

Les classiques ne voyaient dans la syphilis héréditaire tardive que des manifestations analogues à celle du tertiarrisme. Nous avons mentionné antérieurement que le cadre de celle-ci a été relativement récemment élargi par l'adjonction des nouvelles formes d'origine syphilitique moins manifeste, mais qui doivent indéniablement être attribuées, dans certains cas comme la précédente, à la même cause. A ces méfaits indirects et dissimulés de la syphilis, JACQUES donna le nom de métasyphilis.

Ainsi dans notre étude, nous leur ferons la place qu'elles méritent et nous parlerons successivement de l'infiltration gommeuse classique, de la rhinite atrophique hérédo-syphilitique et enfin de la polypose récidivante et déformante des jeunes.

CHAPITRE I

Infiltration gommeuse

Analogue aux manifestations du tertiarisme, elle se manifeste fréquemment au niveau du nez et peut déterminer des accidents graves d'ostéo-périostite nasale.

FOURNIER a rencontré 26 fois des localisations nasales sur une statistique de 212 cas d'hérédo-syphilis tardive. L'infiltration gommeuse se voit le plus souvent entre 12 et 15 ans. Elle débute insidieusement. Les lésions, comme dans la syphilis tertiaire acquise, restent pendant un certain temps absolument inaperçues. Ce n'est que plus tard que les déformations nasales sont remarquées par le médecin. Presque toujours un traumatisme ou une chute sont invoqués par le malade ou son entourage pour expliquer l'apparition de ces stigmates.

L'évolution des accidents est typique. Après la phase de crudité, d'infiltration gommeuse, la gomme se ramollit et aboutit rapidement à l'ulcération. L'infiltration gommeuse peut être localisée ou diffuse ; cette dernière constitue la forme la plus commune de début de la syphilis et est considérée par GAREL et BERNOUD comme tout à fait pathognomonique.

A la période de crudité, l'infiltration se traduit par de l'obstruction nasale habituellement unilatérale et par un coryza séreux d'apparence banale, mais qui est tenace et persistant.

Ce coryza s'accompagne des céphalées gravatives, de sensation de pesanteur et des douleurs qui, localisées d'abord au niveau de la racine du nez, irradient dans le domaine du trijumeau et croissent en intensité au cours de l'évolution de la maladie.

La rhinoscopie antérieure après cocaïno-adrénalisation, montre sur une région plus ou moins étendue d'une fosse nasale, plus rarement des deux fosses nasales, une tuméfaction arrondie, de coloration rouge, plus ou moins saillante, siégeant surtout au niveau de la partie osseuse de la cloison plus rarement au niveau de la voûte ou de l'aile du nez. Quelquefois l'examen révèle un gonflement lisse qui peut prendre le type d'une hypertrophie simple de la muqueuse, soit une tuméfaction muqueuse généralisée qui peut gêner l'introduction du spéculum ou même d'un stylet.

GAREL a attiré l'attention sur un symptôme qu'on peut constater souvent dans ces derniers cas, à savoir une tuméfaction douloureuse du dos et de la racine du nez, d'aspect érysipélateux qui traduit un certain degré de périostite de la face externe des os propres du nez.

Au bout de quelque temps, la période de crudité fait place à une phase de ramollissement durant laquelle l'obstruction nasale subit une rémission trompeuse qui rassure le malade.

Mais, rapidement après, la phase d'ulcération s'installe. L'obstruction généralement moins absolue que dans la phase de crudité devient de nouveau très marquée. Elle est due à cette époque, pour une grande part, à l'encombrement nasal par des concrétions épaisses et abondantes. L'écoulement très abondant devient muco-purulent, puis purulent. HALLOPEAU et JEANSELME attribuent pour une part la rhinorrhée purulente à une infection secondaire des sinus paranasaux. Aux mucosités s'ajoutent des croûtes plus ou moins foncées,

souvent teintées de sang, d'odeur fétide, et des parcelles osseuses dont l'origine n'est pas toujours reconnaissable.

Les matières expulsées sont horriblement fétides, le malade répand une odeur cadavérique insupportable pour l'entourage, mais généralement pas perçue par le sujet lui-même (anosmie). Quelquefois, on rencontre la cacosmie subjective, état dans lequel le malade perçoit lui-même ses mauvaises odeurs. La chute des sécrétions nasales dans la gorge produit des sensations désagréables.

A l'examen rhinoscopique la fosse nasale apparaît encombrée par un amas de pus, de débris putrilagineux, des croûtes grisâtres très adhérentes. Après nettoyage par des lavages et à la pince, qui est souvent laborieux et provoque de légères hémorragies, on peut voir des ulcérations à bord déchiquetés, bourgeonnants. Un stylet introduit dans l'ulcère touche des séquestres plus ou moins mobilisables qui peuvent être éliminés à la suite, si la lésion est abandonnée à elle-même.

Le processus de phagédénisme provoque la nécrose du squelette osseux et cartilagineux et réalise des pertes de substance parfois très étendues avec ou sans déformation extérieure du nez. Ce sont des perforations du septum nasal, de la voûte palatine, des effondrements du squelette nasal, qui peuvent engendrer les déformations de la pyramide nasale, bien connues depuis FOURNIER.

A ce point, FOURNIER reconnaît deux modes d'affaissement du nez. Si les os propres du nez sont détruits, le nez s'effondre à la racine formant un méplat au-dessous de l'épine du frontal. La partie inférieure bascule, la pointe du nez se retrousse et les narines prennent une direction oblique. Ainsi se trouve constitué le nez en selle. L'exagération de la forme précédente est obtenue lorsque la destruction des os propres du nez est totale. La pyramide nasale s'affaisse complètement,

le nez en pied de marmite est réalisé ; il ne reste que trois petites saillies de lobules et les ailes. Quand la charpente inférieure représentée surtout par le cartilage de la cloison se trouve détruite, le segment inférieur du nez s'affaisse et rentre dans le segment supérieur. Le nez prend la forme du nez en lorgnette, son profil dessine une ligne brisée et un bourrelet cutané limite le niveau d'enchâssement du segment inférieur dans le supérieur. La forme du nez en bec de perroquet résulte de la destruction complète de la sous-cloison ; le lobule dans sa partie inférieure prend l'aspect d'un crochet.

D'autres malformations du nez peuvent être encore observées, mais elles sont moins pathognomoniques que les précédentes.

Enfin, dans les cas très graves, les lésions peuvent être à la fois endo et exo-nasales, détruisant complètement le nez.

La perforation de la voûte du palais amène des mutilations graves dans les cas non traités. L'alimentation et la phonation sont gênées. La voix devient nasonée, les liquides et les aliments passent de la bouche dans le nez.

La syphilis gommeuse du bourgeon incisif décrite par NICOLAS, MASSIA, DUPUSQUIER et en particulier par JUVIN dans sa thèse, doit être rapprochée de la lésion précédente. Cette localisation est assez rare ; quand la gomme se développe du côté du nez, soit en arrière des incisives, soit sur le plancher de la fosse nasale, elle détermine des signes analogues à ceux de l'infiltration typique. L'élimination de sequestre peut amener une communication entre la bouche et le nez. Tout récemment, en 1935, REBATTU, MOUNIER-KUHN, MILLER et DALIGAND apportèrent une intéressante observation, concernant un malade de 27 ans présentant l'héredo-syphilis nasale avec malformation du bourgeon incisif. Les lésions anatomiques du bourgeon incisif se traduisaient par un arrêt de l'évolution des incisives centrales et l'évolution de ces

dents dans la portion palatine de l'os. Ils ont pu rapprocher de cette observation un cas signalé un an auparavant, celui d'une jeune fille de 13 ans atteinte d'une ostéite syphilitique du bourgeon incisif avec fistules et effondrement de la base du nez et de la cloison, chez laquelle la radiographie intra-buccale permit de voir les deux canines supérieures permanentes incluses. Ils conclurent donc qu'à côté des accidents osseux spécifiques, on peut trouver chez les mêmes malades des lésions dystrophiques et évolutives des incisives et des canines supérieures. Ces lésions dues probablement à la syphilis peuvent dépasser le cadre du bourgeon incisif, être bilatérales ou unilatérales.

Pour finir avec ces multiples déformations, nous mentionnerons encore le siège postérieur des lésions, sur le pourtour choanal, révélé seulement à la rhinoscopie postérieure. Ces lésions peuvent aboutir à la fermeture des choanes.

Ces diverses localisations peuvent se combiner et réaliser les formes les plus complexes.

L'évolution de la syphilis héréditaire est très capricieuse. Sous l'influence du traitement spécifique et même souvent spontanément, la guérison est obtenue. Seules les synéchies, une réaction hyperplasique ou atrophique de la muqueuse, persistent comme signature de l'infiltration gommeuse. Les séquelles cicatricielles, toujours caractéristiques, deviennent quelquefois importantes et aboutissent à la sténose nasale. L'oblitération des narines, dite congénitale de la petite enfance, a été rapportée par **RAOULT** à l'origine hérédo-syphilitique. L'évolution heureuse peut, par contre, être assombrie par des complications graves. A côté des accidents sinuso-oculaires, auriculaires, pulmonaires et gastro-intestinaux, il faut faire une place toute spéciale aux accidents cérébraux (nécrose de la lame criblée) qui condamnent le plus souvent à la mort (**NEUMANN**).

Le diagnostic différentiel de l'hérédo-syphilis tardive, de même que celui de la syphilis tertiaire, doit avoir pour objectif la scrofule. Le lupus scrofulo-tuberculeux diffère peu de la syphilis tardive gommeuse, surtout au début de son évolution. On devra chercher dans les stigmates cutanés, dentaires osseux, dans les réactions sérologiques et le traitement lui-même, un critérium que l'examen purement objectif ne donne pas. Si la lésion rétrocede promptement après le traitement spécifique, la syphilis doit être invoquée ; l'échec du traitement plaidera pour la tuberculose.

La distinction entre la syphilis acquise à sa période tertiaire et l'hérédo-syphilis tardive n'ayant qu'un médiocre intérêt au point de vue thérapeutique, peut être utile au point de vue social et médico-légal. L'existence de stigmates bien connus et propres seulement à la syphilis héréditaire comme : crâne déformé, en carène ou natiforme, dents de HUTCHINSON, kératites interstitielles, lésion de l'oreille moyenne ou de l'oreille interne, les cicatrices dermiques ou muqueuses, facilitera la distinction. Au point de vue sérologique, il n'y a pas de différences appréciables entre l'hérédo-syphilis, en période d'activité et la syphilis acquise. L'examen systématique, l'enquête faite auprès des familles, la recherche des antécédents des procréateurs sont toujours utiles et pourront seuls décider.

La thérapeutique se résume dans les soins locaux et généraux.

Les soins locaux à la période d'état comprennent des lavages au siphon de WEBER ou au bock laveur avec des solutions diverses, permanganate de potasse à 1 o/o, borate de soude, etc..., des pulvérisations huileuses, des nettoyages à la pince, suivis de badigeonnages locaux au nitrate d'argent au 1/20 ou à la glycérine iodée. L'ablation des sequestres sera faite après contrôle radiographique, soit par la voie naturelle, soit par la voie chirurgicale. A la période de cicatriza-

tion, on aura parfois à détruire de synéchies, à oblitérer des perforations. La rhinoplastie enfin ouvre un vaste champ d'études à la chirurgie esthétique.

CHAPITRE II

Le rôle présumé de l'hérédo-syphilis dans la rhinite atrophique

La doctrine classique a creusé un fossé entre l'hérédo-syphilis et la rhinite atrophique ozéneuse. Mais, à la suite, de nombreuses théories, essayant d'élucider l'étiologie de l'ozène dit essentiel, ont démontré le rôle important du terrain diathésique dans cette affection. Parmi les autres grands processus comme la tuberculose, la plupart des maladies infectieuses, l'ostéo-périostite post-traumatique, la syphilis, facteur dystrophiant par excellence, trouva sa place estimée.

Ne pouvant suivre dans notre modeste travail l'intéressante évolution de cette conception et les débats auxquels elle a donné lieu, nous nous bornerons à citer simplement quelques noms d'auteurs qui ont contribué à l'émettre. BROECKAERT, CASTEX, HUTINEL, SERGENT, SÉBILEAU et enfin ESCAT et CAVALIÉ, dans sa thèse inaugurale, rapportent cette entité morbide à la syphilis ou parasymphilis en diminuant ainsi le cadre de l'ancienne scrofule. Toutefois, il faut conclure que la syphilis héréditaire n'est seulement qu'une variété d'étiolo-

gie de l'ozène ; les autres, à défaut évident de celle-là, doivent être envisagées.

D'après ESCAT et CAVALIÉ, la rhinite ozéneuse hérédo-syphilitique comme toute autre variété étiologique du syndrome ozéneux, résulte de deux facteurs distincts :

- 1° d'un processus atrophique de la pituitaire, séquelle lente et tardive d'une rhinite spécifique ou non spécifique de l'enfance (phase atrophique) ;
- 2° d'une infection saprophytique surajoutée (phase punaisique).

La syphilis déclenche un processus atrophique de la pituitaire qui consiste en une cirrhose lente du chorion de la pituitaire. Cette cirrhose est à son tour le résultat d'un coryza hérédo-syphilitique de nouveau-né ou d'une rhinite mucopurulente insidieuse de seconde enfance (rhinite préozénateuse).

Comme toutes les rhinites atrophiques ozéneuses, la rhinite atrophique hérédo-syphilitique débute tardivement entre 8 et 10 ans. Le début précoce, surtout avant la quatrième année, a été rarement signalé. Ce fait s'explique par l'évolution lente du processus sclérogène de la syphilis.

Au moment où la muqueuse atrophiée est envahie par les saprophytes, la symptomatologie classique d'ozène vrai s'installe. Elle se caractérise par trois signes principaux : croûtes, atrophie de la muqueuse et du squelette sous-jacent et la fétidité.

Les croûtes se présentent sous forme d'exsudats conglomérés, stratifiés, desséchés, de couleur vert jaunâtre ou brun noirâtre. Elles sont très adhérentes à la muqueuse et difficiles à chasser, à moins qu'elles ne soient de date récente. Elles siègent surtout sur le cornet inférieur et le méat moyen, mais on peut les trouver aussi sur toute l'étendue de la muqueuse des fosses nasales.

La muqueuse sous-jacente est atrophiée, pâle, terne, rôtie par place. Elle perd son élasticité habituelle. Suivant la durée de l'évolution, elle peut être plus ou moins atteinte. En détachant les croûtes, on découvre des érosions, mais jamais on n'observe des ulcérations.

Le squelette qui reçoit de la muqueuse tous ses apports nutritifs, participe également à l'atrophie. Le cornet inférieur est surtout attaqué et dans les cas avancés, disparaît presque complètement, permettant de voir l'ostium sphénoïdal. Le cornet moyen est moins touché ; néanmoins, il peut être attaqué et son bord antérieur peut devenir mince et tranchant. L'atrophie des cornets fait paraître immense la cavité des fosses nasales.

La fétidité est intense et très caractéristique. Son intensité augmente le matin, au réveil, par temps sec, au moment des règles chez les femmes. Toute personne qui a une fois senti l'odeur de l'ozène la reconnaîtra toujours.

La perte de l'odorat, la gêne de la respiration, la céphalée, souvent due aux lésions ostéo-périostiques de sinus ou de l'endocrane, enfin le fréquent changement de caractère se traduisant par mélancolie ou hypochondrie, accompagnent en général l'affection.

L'évolution de la rhinite atrophique hérédo-syphilitique est très lente. Inaperçue jusqu'à l'éclosion de la punaisie, elle peut durer toute la vie, accompagner l'individu de l'enfance à la vieillesse. Elle est sujette à des rémissions et à des aggravations à l'occasion des troubles physiologiques ou pathologiques, tels que règles, grossesses ou maladies intercurrentes. Lorsque la muqueuse, à la suite de son atrophie progressive, devient un mauvais milieu de culture pour les germes banaux, les croûtes et la fétidité disparaissent, ce qui se produit vers la ménopause chez la femme, parfois plus tard, vers la cinquantaine. Par contre, l'atrophie persiste, le terrain est perdu irrémédiable-

ment, le tableau clinique décrit par certains auteurs sous le nom de rhinite atrophique sèche est ainsi constitué.

Les complications diverses peuvent entrecouper l'évolution de la rhinite atrophique hérédo-syphilitique. Nous signalerons brièvement la laryngo-trachéite amenant la dysphonie, les accidents sinuso-oculaires et auriculaires. Elles peuvent être d'ordre banal ou sont dues par contre à la spécificité de la rhinite atrophique. Toutefois, elle se rencontre plus souvent dans la rhinite atrophique hérédo-syphilitique que dans les autres rhinites atrophiques non spécifiques.

Le diagnostic positif doit se baser sur les symptômes caractéristiques que nous avons décrits. Quelquefois, cependant, il est difficile quand la fétidité est moins accentuée ; la persistance de la sécrétion à peu près constante de la muqueuse donne un élément précieux de diagnostic.

Si l'ozène est caractéristique, il faut se demander s'il ne constitue seulement qu'un symptôme, le diagnostic différentiel doit donc viser les états morbides qui s'accompagnent de la fétidité et en première ligne, la syphilis gommeuse. Certes, la syphilis gommeuse du nez pendant son activité présente une odeur fétide différente de celle de l'ozène vraie, mais cette distinction est délicate. Par contre, la question est vite tranchée, si on envisage les signes physiques révélés à l'examen rhinoscopique. Les lésions infiltro-gommeuses, la nécrose en masse, les synéchies ne se voient jamais dans la rhinite atrophique hérédo-syphilitique.

Le diagnostic de la nature hérédo-syphilitique de la rhinite atrophique est parfois très difficile surtout si elle ne s'accompagne pas des autres manifestations de l'hérédité spécifique. On recherchera soigneusement les antécédents personnels et familiaux, on attachera surtout de l'importance aux manifestations de divers ordres dans la petite enfance. La présence de stigmates d'hérédo-syphilis apportera un appoint sérieux

au diagnostic étiologique. Le Bordet-Wassermann, en règle générale négatif, pourra donner un résultat positif après la réactivation. Enfin, le traitement antisypilitique doit être toujours institué dans les cas douteux. Et parfois, lui seul fera jaillir d'un faisceau de présomptions la certitude.

La fréquence de la rhinite atrophique hérédo-syphilitique par rapport aux autres rhinites ozéneuses est encore difficile à apprécier. Néanmoins le progrès de la syphilographie et son application à la rhinologie, permet le dépistage de plus en plus grand de la tare hérédo-syphilitique. La statistique rapportée par ESCAT, de l'année 1924 à 1927, comprend sur 210 sujets atteints de rhinite atrophique ozéneuse, 35 cas de rhinite atrophique hérédo-syphilitique manifeste dont 10 cas familiaux, et 29 cas de rhinite atrophique hérédo-syphilitique probable, dont 17 familiaux. D'après cette statistique la rhinite atrophique hérédo-syphilitique représenterait à peu près un tiers de rhinites atrophiques ozéneuses. Ces 210 cas se répartissent ainsi : sexe masculin 72 cas, sexe féminin 138. Or, ancienne est déjà la notion de prédominance de l'ozène dans le sexe féminin.

A l'occasion de leur rapport sur l'ozène au Congrès international de Madrid en 1932, l'enquête de COSTINIU et de LEROUX-ROBERT auprès de tous les laryngologistes a donné les chiffres suivants :

Hérédo-syphilis : 76 p. 100. Importance notable ;
15 p. 100 sans importance ;
7 p. 100 douteux.

Affection très rebelle, la rhinite atrophique n'est pas ingué-rissable. *Le traitement* doit être suivi rigoureusement ; il demande souvent une patience héroïque. Parallèlement au traitement général qui doit suivre les mêmes règles que dans tous les cas d'atteinte syphilitique et se baser sur les mêmes

médicaments, la thérapeutique locale joue un grand rôle. Elle a comme but de débarrasser les fosses nasales des croûtes malodorantes, de lutter contre leur reproduction par la désinfection de la pituitaire, enfin de réveiller les fonctions glandulaires de la muqueuse. Le traitement anti-punaisique comprend des irrigations abondantes (2 litres) de préférence chaudes de 32° à 45° avec du sérum physiologique ou des solutions alcalines et des pulvérisations désinfectantes à base de glycérine iodo-iodurée. Les badigeonnages de la pituitaire à la teinture d'iode par séries de dix répétées quotidiennement, tous les 6 ou 3 mois, paraissent donner de bons résultats. On peut associer également un traitement local spécifique par usage de pommades endo-nasales au calomel ou à l'oxyde jaune de mercure.

CHAPITRE III

Le rôle présumé de l'hérédo-syphilis dans la polypose nasale déformante et récidivante des jeunes

KOWLER, DROEBESQUES, WORMS et BOLOTTE, JACQUES ont attiré l'attention sur le rôle que joue la diathèse syphilitique dans la formation de polypes nasales.

Dans leur article de 1924, CANUYT et TERRACOL ont soutenu cette hypothèse et, en apportant de multiples observa-

tions, ont surtout insisté sur la forme déformante et récidivante de polypose chez les jeunes, qui, suivant leur opinion, doit être souvent rattachée à la syphilis héréditaire tardive indirecte.

Contrairement à la forme que nous avons précédemment décrite, remarquable par le processus atrophique des tissus tapissant les fosses nasales, il s'agit ici de réaction hyperplasique de la muqueuse nasale, et de sa transformation fibreuse. La polypose est une affection banale journellement rencontrée. Les classiques insistent sur son apparition tardive et font remarquer qu'elle survient exceptionnellement chez des sujets âgés de moins de 16 ans. Contrairement à cette opinion, les formes auxquelles nous attacherons une importance singulière en vue de leur étiologie spécifique paraissent survenir dans l'âge plus précoce. BÜRGER et REGNAULT apportent des observations concernant les enfants de 4, 5, 6 ans. Un fait certain, c'est que, si la polypose apparaît précocement avant la puberté, elle n'est souvent décelée qu'à cet âge et même plus tard. C'est au moment où l'obstruction devient fortement gênante que les malades consultent le médecin. L'étroitesse des fosses nasales chez les enfants, qui rend l'examen rhinoscopique très difficile, explique que l'on ne puisse déceler des polypes pendant une longue période.

La fréquence des polypes suspects, si on peut s'exprimer ainsi, récidivants et déformants du nez, est faible par rapport au grand nombre des polypes nasaux.

L'aspect des malades est caractéristique. Ils se présentent avec un air hébété : leur teint est blafard, la respiration courte et bruyante, l'appendice nasal accuse une forme particulière.

A la *rhinoscopie antérieure* on voit de nombreux polypes, de volume différent, mais plutôt petits, pâles, mollasses, gélatineux, qui farcissent les fosses nasales et les obstruent presque complètement. JACQUES a insisté sur leur large pédicula-

tion et sur leur état grenu. Le liquide qui en exsude est un muco-pus épais et abondant et non du pus sinusal net. Sous les franges polypeuses le squelette des cornets et les cloisons ethmoïdales apparaissent souvent amincies.

La rhinoscopie postérieure montre des choanes obstruées par des formations myxoïdes.

Quelquefois, on observe chez les malades des lésions pulmonaires dues à la mauvaise ventilation.

CANUYT et TERRACOL attirent une attention spéciale sur la forme caractéristique de déformation du nez. La pyramide nasale, osseuse, constituée par les os propres et les branches montantes du maxillaire supérieur est aplati et élargi « un véritable nez de boxeur », tandis que la portion inférieure du nez conserve ses dimensions normales ou plus souvent subit une atrophie. La racine du nez est parfois deux fois plus large qu'à l'état normal. Ce fait est tellement caractéristique qu'il peut nous orienter vers l'origine syphilitique de la polypose. Une erreur à éviter, c'est de rapporter la déformation à la syphilis gommeuse. L'examen rhinoscopique tranchera généralement la question.

L'hypertrophie osseuse s'établit aux dépens des os propres des branches montantes du maxillaire supérieur, mais les pièces squelettiques restent intimement unies ; il n'existe aucune disjonction, aucune dislocation de l'auvent nasal.

A noter un point intéressant : cette déformation ne se rencontre que chez les jeunes. Par contre, quand il s'agit d'une polypose banale chez des sujets âgés, le nez est élargi dans sa partie inférieure ; sous l'influence de pression qu'exercent les polypes, la charpente osseuse est disloquée et l'auvent nasal disjoint. D'autre part, il faut souligner la récurrence fatale des polypes après leur ablation chirurgicale. DOUCLAN, TRETEL, REYNARD, CANUYT et TERRACOL apportent des observations

de malades chez lesquels les polypes ont réapparu après une deuxième, troisième et même quatrième intervention.

L'étude anatomo-pathologique montre à côté de l'hyperplasie de la muqueuse et de sa transformation fibreuse et mixomateuse, la réaction presque constante du tissu osseux sous-jacent qui aboutit à la nécrose. L'ethmoïde raréfiant, reconnue depuis longtemps et affirmée par WOAKES, constitue un élément prédominant dans notre maladie comme dans chaque polypose.

Mais ici, il y a encore la déformation hypertrophique que nous avons antérieurement décrite. Il s'agira donc, dans cette affection, de deux processus qui s'opposent : ostéite raréfiant d'une part, ostéite condensante de l'autre. L'étiologie de cette curieuse affection reste encore dans le domaine des hypothèses. L'existence des stigmates héréditaires et la réaction de Wassermann positive peuvent confirmer souvent la théorie qui veut que certaines de ces polyposes déformantes et récidivantes soient d'origine hérédo-syphilitique. Donc, il faut toujours songer à cette possibilité et chercher à la dépister dans la polypose déformante et récidivante.

Quant au traitement, il doit être combiné. Le traitement purement chirurgical ne saura préserver de la récurrence, le traitement antisiphilitique ne pourra agir sur les polypes déjà formés, c'est seulement en les associant qu'on pourra espérer la guérison complète.

THÉRAPEUTIQUE

Nous avons déjà, en brossant à grands traits l'histoire clinique des diverses manifestations de l'hérédo-syphilis nasale, signalé quelques modes de traitement spécial pour chaque cas particulier. Nous avons insisté sur le traitement local qui doit être associé au traitement général, mais qui, seul, ne saura jamais suffire.

Le traitement doit être avant tout général, antisiphilitique. Sa conduite est, dans les grandes lignes, celle des accidents de localisation différente.

Il nous est impossible d'étudier les nombreux médicaments utilisés, leur valeur respective, leurs techniques d'administration, leurs avantages, leurs inconvénients, les accidents qu'ils peuvent provoquer, les résistances qui les rendent parfois inefficaces. Nous nous bornerons aux notions spéciales qui découlent du siège nasal de la syphilis et nous ne traiterons de la thérapeutique commune que dans la mesure où elle doit s'adapter à des conditions particulières.

Il est difficile de formuler une ligne de conduite thérapeutique unique, cadrant avec tous les cas, car l'hérédo-syphilis nasale atteint des sujets d'âge et de poids variés.

L'hérédo-syphilis doit toujours, dans les mesures de nos possibilités, être décelée le plus précocement possible, et c'est pour cette raison que nous insisterons spécialement sur les indications thérapeutiques concernant les enfants.

D'une façon générale le traitement de l'hérédo-syphilis nasale peut être conduit de la même manière que celui de la syphilis tertiaire.

Nous exposerons successivement les règles essentielles qui dominent la thérapeutique de la syphilis congénitale.

1° *Nécessité d'un traitement immédiat et intensif.* — Nous croyons inutile d'insister sur la nécessité d'agir sans retard toutes les fois que l'on se trouve en présence d'un accident, qu'il soit précoce ou tardif.

Le coryza des premières semaines n'a par lui-même aucune gravité propre, mais il traduit une grave infection générale et fournit l'indication d'une thérapeutique opportune.

De même la syphilis gommeuse, à côté des mutilations graves auxquelles elle donne lieu, constitue une menace sérieuse pour tout l'organisme.

Le traitement énergique sera institué sans tarder. On fera des cures alternées d'acétylarsan, de sulfarsénol, de muthanol infantil et des frictions mercurielles qui sont souvent mieux supportées que les diverses injections. Ces dernières ne constituent qu'une thérapeutique d'attente, elles donnent de bons résultats, mais on ne fait que gagner du temps en les utilisant. Les injections arsenicales, bismuthiques ou mercurielles peuvent seules permettre la stérilisation du malade, dans la mesure où cette stérilisation peut être obtenue.

2° *Durée pratiquement indéfinie du traitement.* — Nous devons toujours avoir présente dans l'esprit la notion que l'hérédo-syphilis est pratiquement une syphilis tertiaire et parfois même quaternaire. Après le traitement d'assaut, les cures de consolidation devront être instituées pendant un temps théoriquement indéfini. Cette règle, valable pour l'hérédo-syphilis de toutes les régions est peut-être plus importante encore pour la syphilis de la région nasale. En pratique,

il importe que le traitement soit conduit de manière régulière et suffisamment intense pour que l'on puisse suspendre au bout de quelques années.

Institué précocement, le traitement comprendra une première période pendant laquelle il sera intense et à peu près continu. Après 4 ou 5 ans, les séries seront espacées (une par an en moyenne); on les rapprochera un peu au cours de la 7^{me} année et à l'époque de la transformation pubérale. On pourra ensuite les interrompre, mais au moment du mariage et plus spécialement au cours de chaque grossesse, chez la femme, deux ou trois séries devront être faites.

On fera des séries alternées de préparations bismuthiques, arsenicales et mercurielles. Les préparations iodées, surtout la vieille solution d'iodure de potassium, donne des résultats incomparables non seulement dans la syphilis gommeuse, mais aussi dans les rhinites atrophiques syphilitiques. C'est un excellent vaso-dilatateur et excito-sécréteur des glandes de la muqueuse nasale.

3° Indications fournies par l'état général du malade. —

L'état général du malade, son passé pathologique, ses tares, les réactions vitales propres à son organisme, la valeur fonctionnelle des divers organes, en particulier du foie et du rein, donneront au traitement un cachet spécial.

Les médicaments employés seront ceux que le malade supportera le mieux. Chez les tarés on pourra instituer un repos plus long entre les cures sans dépasser toutefois les limites.

Nous tenons à souligner l'importance des prescriptions hygiéniques et diététiques, dont le rôle est de premier plan. Le traitement spécifique sera plus efficace si le malade se trouve dans les conditions favorables.

4° Le malade présentant des manifestations dystrophiques doit être traité de la même manière que celui qui est atteint de

la syphilis transmise en nature. — Les manifestations dystrophiques traduisent une infection ancienne de deuxième ou de troisième génération, mais rien ne permet de conclure que le processus actif est éteint. La syphilis héréditaire tardive n'est en réalité qu'une syphilis tardivement révélée par des accidents qui sont restés inapparents au cours des premières années.

Le traitement n'aura pas pour but la régression de malformations définitives, mais la prophylaxie.

5° Indications fournies par les réactions sérologiques. — Dans la syphilis congénitale les réactions sérologiques sont loin de donner les positivités constantes. Il faut savoir se passer de ces réactions pour l'institution et la conduite ultérieure du traitement.

6° Indication fournie par l'association des diverses maladies. — Les maladies diverses s'associant à la syphilis l'aggravent. D'un autre côté, la syphilis fait évoluer les lésions banales aiguës vers la chronicité.

Chaque intervention chirurgicale chez les hérédosyphilitiques, sauf dans les cas d'urgence, devra être précédée d'un traitement préparatoire antisiphilitique. Trois semaines ou un mois après l'intervention, le traitement sera repris. De même on doit poser en principe qu'il convient d'instituer une série dans les 15 à 30 jours qui suivent une maladie infectieuse, surtout si elle a une tendance vers la chronicité.

7° Indications tirées de l'influence de la syphilis sur le fonctionnement de certains appareils. — La syphilis compromet souvent chez les enfants l'activité fonctionnelle de certains appareils glandulaires. Une opothérapie rationnelle, basée sur une analyse clinique générale, sera souvent utile. On l'associera aux diverses médications spécifiques sous forme de cures conjuguées ou intercalaires.

Nous reproduisons ici quelques modes d'institution des principales séries utilisables que nous avons vu appliquer dans le service de M. le professeur MARGAROT.

Chez les enfants.

10 injections d'acétylarsan infantile (ampoules de 2 cm³ renfermant 0 gr. 06 d'arsenic). A n'utiliser que pour les enfants de 3 à 15 kilogrammes. De 15 à 30 kilogrammes, utiliser l'acétylarsan pour adultes. Chaque série comporte 3 injections la première semaine et une seule injection les semaines suivantes. La dose utilisée à partir de la 3^{me} injection renferme approximativement trois milligrammes d'arsenic par kilogramme. Les deux premières injections répondent respectivement au tiers et à le moitié de la dose.

10 injections de sulfarsénol faites à des intervalles progressivement croissants de 3 à 7 jours. Commencer par un dixième ou un sixième de centigramme par kilogramme de poids pour atteindre en fin de cure 0 gr. 10 par kilogramme de poids.

En ce qui concerne la posologie infantile de l'acétylarsan et du sulfarsénol, il est préférable de consulter les barèmes spéciaux établis pour chacun de ces médicaments.

Muthanol infantile (ampoules de 1 cm³ contenant 0 gr. 026 de bi).

10 injections de 1 à 5 ans : une injection par semaine d'une demi-ampoule par année d'âge.

de 5 à 10 ans : 2 ampoules de 1 cm³ tous les 4 jours ou 3 ampoules par semaine.

On intercalera les frictions cutanées de l'onguent napolitain qui est surtout d'un usage commode chez les tous petits. Pour chaque friction, faite à l'endroit convenable (aine, aisselle chez l'enfant), on emploiera 1 à 2 gr. d'onguent. La série comprend un vingtaine de frictions.

La liqueur de Van-Swieten sera employée à raison de XII gouttes par kilogramme et par jour, en trois fois par période de dix jours.

Pour les formes très actives, le traitement par le novarsénobenzol est indiqué chaque fois que cela sera possible, en injections intraveineuses (jugulaire, veines épicroaniennes, sinus longitudinal) à la dose de un centigramme et demi par kilogramme de poids.

Les médecins d'enfants, en particulier RENAUD, recommandent le sulfarsénol en injections sous-cutanées ou intramusculaires ; le stovarsol, par voie buccale (un demi-centigramme par kilogramme) et le tréparsol (0 gr. 01 par kilogramme et par jour) donnent de bons résultats.

Au cours de la deuxième enfance, il est indiqué de faire alterner les injections de sulfarsénol avec les frictions d'onguent napolitain ou mieux de proto-chlorure de mercure. L'acétylarsan infantile, les sirops au biiodure de mercure (type sirop de Gibert) sont de bons médicaments. Le régime alimentaire et hygiénique serait heureusement complété par une cure hydro-minérale, dont la plus connue est celle d'Uriage.

Chez les grands enfants et les adultes, le traitement est le même que celui de la syphilis acquise.

CONCLUSIONS

1° Il est aujourd'hui incontestable que la syphilis héréditaire intervient dans un grand nombre de lésions nasales. Mais, à côté des formes classiques comme le coryza du nouveau-né, l'infiltration gommeuse et les malformations natives connues depuis fort longtemps, *la rhinite atrophique ozéneuse* et la *polypose récidivante et déformante des jeunes* méritent d'être mieux étudiées. Le rôle présumé de la syphilis héréditaire dans l'apparition de ces rhinopathies banales a pu être confirmé par l'examen minutieux et surtout par les faits thérapeutiques. Il sera donc légitime de penser au terrain syphilitique en présence de ces cas d'étiologie mal établie.

2° On ne saurait jamais trop insister sur l'importance du diagnostic précoce qui permet d'instituer un traitement, soit curatif, soit prophylactique.

Souvent, le traitement antisiphilitique ne suffit pas à lui seul à guérir les affections à étiologie complexe ; aussi, les soins locaux habituels se montrent à eux seuls impuissants. C'est par les effets combinés de ces deux thérapeutiques que l'on pourra obtenir les résultats désirés.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBIN et MADURO. — Les formes pseudo-tuberculeuses de la syphilis tertiaire du nez et du pharynx. *Annales des mal. de l'or.*, 1930, p. 1035.
- AUBIN. — Les formes pseudo-tuberculeuse de la syphilis nasale. *Annales d'oto-laryngologie*, 1933, t. 52, p. 1189.
- BELLIN. — Affection du rhinopharynx. In *Traité de Pathologie médicale* (Sergent, Ribadeau-Dumas, etc...). Paris 1926.
- BOURGEOIS (H.). — Les Rhinites aiguës. *Progrès médical*, Paris 1921.
- BOURGEOIS (A.). — Rhinites et Adénoïdites du nourrisson. *Revue médicale française*, janvier 1934.
- BLOCH (A.). — Syphilis nasale. Soc. de lar. des Hôp. de Paris. In *Ann. des mal. de l'oreille*, 1927, p. 1247.
- CABALLERO. — Coryza syphilitique de la première enfance. *Société O. L. R. de Madrid*, 29 avril 1898.
- CANUYT et TERRACOL. — La polypose nasale déformante et récidivante. *Société franç. d'O. R. L.*, Paris, 1923. *Ann des mal. de l'or.*, 1924.
- CAVALIÉ. — Rhinite atrophique hérédo-syphilitique. Thèse Montpellier. Avril 1927.
- COMBY. — Le catarrhe naso-pharyngien chez les enfants. *Médecine moderne*, 1897.
- Traité des maladies de l'enfance, Paris 1920.
- ESCAT. — La rhinite atrophique hérédo-syphilitique. *O. R. L. Internat*, mai 1926.
- FERMET. — Hérédo-syphilis. In *Traité de pathologie médicale* (Sergent, Ribadeau-Dumas, etc...). Paris 1926.
- FOURNIER (A.). — Des ostéites naso-craniennes d'origine syphilitique. *Annales des mal. de l'or.*, 1881.
- La syphilis héréditaire tardive. Paris, Masson 1886.

- FOURNIER (E). — Les stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis. Paris, Rueff et C^o, 1898.
- GAILLARD et PITRE. — Formes particulières de la syphilis nasale. *Annales des mal. de l'or.*, 1924, p. 637.
- GAREL. — In *Diagnostic et traitement des maladies du nez*. Paris, Vigot, 1910.
- GALLOIS. — Hérédo-syphilis et scrofule. *Bull. médical*, 8 avril 1909.
- GENEVRIER. — Syphilis et scrofules chez l'enfant. *Bull. médical*, 7 avril 1923.
- GEORGEACOPOULOS. — Les aspects cliniques des rhinites du nourrisson et leur traitement. Thèse, Montpellier 1935.
- GASTOU (P.). — Le coryza syphilitique. *Revue d'hygiène et de pédiatrie*, n^o 3, 1904.
- HALPHEN. — Syphilome diffus des voies respiratoires supérieures. *Annales d'oto-laryngologie*, 1933, t. 52, p. 506.
- HOPMANN. — Formation osseuse, occlusion des cavités nasales comme séquelles de syphilis : Schweizerische, Médiz. Wochenschr., 25 mai 1922. In *Annales des mal. de l'or.*, 1922, p. 1251.
- HUTINEL. — Le terrain hérédo-syphilitique, Masson, 1926.
- HYBORD. — Contribution à l'étude du coryza chez le nouveau né. Thèse Paris, 1907.
- JACQUES. — De la syphilose polypoïde du nez. *Annal. des mal. de l'or.*, 1922.
- Syphilis, polypose et rhinantrites. *Ann. des malad. de l'or.*, 1924, p. 1160.
- JEANSELME. — Traité de la syphilis. T. V. Paris, Doin et C^o, 1934.
- JUVIN. — Le syndrome syphilitique du bourgeon incisif. Thèse Lyon, 1922.
- KOWLER. — Contribution à l'étiologie des polypes muqueux du nez. *Bull. d'O. R. L.*, 1924.
- LANNOIS et GAILLARD. — La syphilis nasale. *Monographies O. R. L.*, intern., 1924,
- Syphilis de l'os incisif. *Ann. des mal. de l'or.*, 1924, p. 837.
- LANNOIS. — Précis de maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et larynx. Paris, Doin 1909.
- LASAYGUES. — L'origine syphilitique de l'ozène. Thèse de Paris, 1908.
- LEFÈVRE. — Etude de la syphilis chez les scrofuleux. Thèse Paris 1884.

- LEROUX Robert et COSTINIU. — L'ozène. *Revue de Portmann*, p. 4 et p. 172, 1933.
- MAXIMILIAN. — Les principales maladies des fosses nasales, de la gorge et des oreilles chez les enfants. Halle, 1904.
- MENDEL. — Syphilis héréditaire des fosses nasales. *Soc. fr. de dermat.*, 1893.
- MIGNEN. — Diagnostic différentiel des rhinites purulentes de la deuxième enfance. Thèse Paris 1933.
- MOURE. — Gomme syphilitique de la face interne de l'aile du nez. *Revue de laryngol.*, 1888.
- Ozène essentiel. *Gaz. des hôpitaux*, juillet 1888.
- NOBECOURT. — Traité de médecine des enfants. Masson, Paris 1934.
- REBATTU, MOUNIER-KUHN, MILLER, DALIGAUD. — Hérédo-syphilis nasale avec malformation du bourgeon incisif. *Ann. d'O.R.L.*, n° 6, 1935, p. 693.
- REBATTU, CHARACHOU, MAYNARD. — Deux cas de syphilis nasale. (Hérédo-syphilis précoce.) *Soc. d'O.R.L. de Lyon*, 4 mars 1932. *Ann.* 1933, p. 72.
- RABASA. — Les coryza des nouveau-nés. *Boletín Médico*, Lérida, avril 1912.
- RIPAULT. — Syphilides nasales végétantes. *Ann. des mal. de l'or.*, 1895, p. 244.
- L'hérédo-syphilis infantile. Manifestations pharyngonasales et laryngées. Thèse Paris, 1895.
- ROUGET et DE LA FARGE. — Hérédo syphilis nasale à forme infiltrée diffuse. *Ann. des mal. de l'or.*, 1930, p. 925.
- ROUGET. — Trois cas d'hérédo syphilis nasale. *Soc. de laryngol. de Paris*. In *Ann.* 1931, n° 556.
- SCHEINMANN. — Syphilis du nez. *Berlin-Klin. Wochensch.*, 1894.
- STORER. — Ozène syphilitique. *Brit. Laryng. assoc.*, 1894.
- SERCENT (E.). — Les formes scrofuloïdes de la syphilis. *Soc. méd. des hôp.*, 6 mars 1908.
- Les formes scrofuloïdes de la syphilis. *Bull. méd.*, 28 mai 1913.
- TERRACOL. — Rhinites et sinusites purulentes de l'enfance. *Mono-graphies O. T. R. Internationales*, n° 16.
- Les rhinites du nourrisson. *Vie médicale*, n° 4, 29 janvier 1926.

- TISSIER. — Des rhinites aiguës chez le nouveau-né et l'enfant. *Rev. mens. des mal. de l'enfance*, 1895.
- Syphilis du nez. *Gazette des hôpitaux*, 1896.
- WEIL et PEHU. — Infections du nouveau-né. In *Traité de Pathol. méd.* (Sergent, Ribadeau-Dumas, etc ..), Paris 1926.
- WINKLER. — Carie syphilitique de l'ethmoïde. Berlin. *Klin. Woch.*, 1893.
- WISNER. — Syphilides orificielles, choanales et narinaires. In *Ann. des mal. de l'or.*, 1927, p. 839.
- WODACK. — Diagnostic différentiel de la tuberculose et de la syphilis nasales et des formes mixtes. In *Ann. des mal. de l'or.*, 1922, p. 209.
- WORMS et BOLOTTE. — Polypose nasale déformante, juvénile, d'origine syphilitique. *Soc. de lar. des hôp. de Paris*, juillet 1926. In *Ann. des mal. de l'or.*, 1927, p. 277.
- VACHER. — Contribution à l'étude de la syphilis nasale. *Soc. franç. d'O.R.L.*, 1898.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

Vu :
Montpellier, le 10 décembre 1935,
Le Doyen,
EUZIÈRE.

Vu et perrais d'imprimer :
Montpellier, le 11 décembre 1935,
Le Recteur,
TAILLIART.
